

**فرم ادامه تحصیل در دانشگاه یزد(فرم الف)**

**دانشجوی گرامی :**

اطلاعات درخواستی زیر برای ثبت در پورتال سازمان سنجش آموزش کشور است. خواهشمند است نسبت به تکمیل اطلاعات خواسته شده با نهایت دقت، اقدام نموده و فرم مذکور را پس از تکمیل به همراه **تصویر صفحات اول و دوم شناسنامه**، حداکثر تا تاریخ **20 مرداد ماه 1404** به آدرس پست الکترونیک مرکز استعداد درخشان دانشگاه یزد **talented-std@offices.yazd.ac.ir** ارسال و یا به صورت حضوری به مرکز واقع در ساختمان احمدی روشن تحویل فرمائید.

بدیهی است در صورتی که اطلاعات به هر دلیلی اشتباه وارد شود عواقب ناشی از آن به عهده تکمیل‌کننده فرم است.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات شناسنامه‌ای** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **نام** |  | | | | | | | | | | | **نام خانوادگی** | |  | | | | | | | | |
| **تاریخ تولد** | |  | | | | | | **کد ملی** | | |  | | | **نام پدر** | | | | | |  | | |
| **شماره شناسنامه** | | | |  | | | | | | | | | **سریال شناسنامه** |  | | | | | | | | |
| **شماره تلفن ثابت** | | |  | | | **شماره تلفن همراه** | | |  | | | | | **آدرس ایمیل** | | | |  | | | | |
| **اطلاعات فارغ‌التحصیلی** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **رشته تحصیلی کارشناسی** | | | | |  | | | | | | | | **دانشگاه محل تحصیل کارشناسی** | | | |  | | | | | |
| **دوره کارشناسی: روزانه / شبانه** | | | | |  | | | | | | | | **معدل کارشناسی** | | |  | | | | | | |
| **رشته تحصیلی کارشناسی‌ارشد** | | | | |  | | | | | | | | **دانشگاه محل تحصیل کارشناسی‌ارشد** | | | | | | | |  | |
| **دوره ارشد: روزانه / شبانه** | | | | |  | | | | | | | | **وضعیت فارغ التحصیلی** | | | | | | | |  | |
| **تاریخ ورود به تحصیل ارشد** | | | | |  | | | | | | | | **تاریخ فارغ التحصیلی ارشد** | | | | | | | |  | |
| **معدل کارشناسی‌ارشد با احتساب پایان‌نامه** | | | | |  | | | | | | | | **معدل کارشناسی‌ارشد بدون احتساب نمره پایان‌نامه** | | | | | | | |  | |
| **مشخصات رشته مورد تقاضا** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **نام رشته پذیرفته شده دکتری در پذیرش بدون آزمون** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **در صورتی که تاکنون در کنکور دکتری شرکت نموده‌اید موارد روبرو را تکمیل کنید** | | | | | | | | | | **سال شرکت درآزمون** | | | | |  | | | | **شماره داوطلبی** | | |  |

**امضاء**

**تاریخ**